

AVISO SOBRE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE COMO SU INFORMACION MEDICA PUEDE SER USADA Y REVELADA Y COMO PUEDE USTED TENER ACCESO A ESTA INFORMACION. POR FAVOR REVISELA CUIDADOSAMENTE

1. **Nuestro Derecho de Salvaguardar Su Información De Salud Protegida.**

Información individualmente identificable acerca de su salud o condición en el pasado, presente o futuro, el servicio del cuidado de su salud, o de pagos por servicios médicos, son considerados “Información de Salud Protegida” (ISP)

Nosotros estamos obligados a seguir las prácticas de privacidad que se describen en este aviso; **pero también nos reservamos el derecho de cambiar nuestra práctica de privacidad y los términos de este aviso en cualquier momento.** Nosotros les informaremos si hay cambios acerca del aviso en nuestra página de internet <http://www.dhs.state.ri.us/dhs/dheacre.htm> donde usted también puede encontrar información más detallada, referente a cada uno de los temas mencionados en nuestro aviso. Usted también puede obtener una copia de nuestro aviso, escribiendo a nuestra oficina de Contacto de Práctica de Privacidad.

2. **Cómo podríamos nosotros usar y revelar su información de salud protegida.**

Generalmente, se nos permite usar y/o revelar su ISP, para su tratamiento, pago por servicios que usted recibe, y para nuestras operaciones de cuidados de salud (OCS). Para la mayoría de los usos y/o revelar su ISP, a usted se le pedirá que otorgue un permiso a través de una autorización por escrito. Sin embargo, nosotros estamos permitidos de hacer otros usos de ellos y/o revelar su (ISP) sin su autorización. Sus usos y/o revelaciones son permitidos en los siguientes casos:

Usos y/o revelaciones relacionados con su tratamiento, nuestros pagos, o nuestro cuidado de salud:

Por tratamiento (T): Nosotros podríamos intercambiar su ISP con su doctor, dentista, u otras entidades de cuidados de la salud para asegurar que usted reciba el cuidado apropiado.

Por pagos (P): Nosotros podríamos intercambiar su ISP con Medicare o con otros seguros, que usted tenga para asegurarnos que el tratamiento que usted recibe sea pagado.

Por razones de cuidado de salud: Nosotros podríamos intercambiar su ISP con otras asociaciones y organizaciones de salud para tomar decisiones acerca de las políticas que podrían afectarle a usted y otras personas que están en programas del DHS.

Recordales sus Citas: A menos que usted quiera que nosotros le contactemos por otros medios, nosotros estamos autorizados a enviarle una nota para recordarle sus citas y otros materiales a su dirección.

Usos y/o Revelación que requieren su Autorización: Generalmente, muchos de los usos y/o revelaciones de su ISP son para otros propósitos que no sean de cuidado de salud, necesitará su firma autorizada. Usted tiene el derecho de revocar su autorización en cualquier momento excepto que nosotros hayamos tomado una acción basados en su autorización

Usos y/o Revelaciones que no requieren su autorización:

Cuando es requerido por la ley:

- Reportar abuso, negligencia o Violencia Doméstica
- Actividades Públicas de Salud
- Actividades de descuido de Salud
- Procedimientos Judiciales y Administrativos
- Actividades para aplicar la ley
- Jueces de Primera Instancia, médicos examinadores y directores de funerales acerca de los difuntos
- Para propósitos de investigación médica
- Prevenir amenazas serias que podrían afectar su salud o su seguridad
- Por razones de seguridad nacional y funciones específicas del gobierno

Usos y Revelaciones en los que usted tiene la Oportunidad de Negarse:

- A los familiares, amigos u otras personas involucradas en su cuidado

3. Sus Derechos con respecto a su Información de Salud Protegida (ISP)

- Derecho a Pedir restricciones acerca de su Información de Salud Protegida
- Derecho a Pedir comunicación confidencial
- Derecho al acceso y copias de su ISP
- Derecho a pedir enmiendas de su ISP
- Derecho a una revelación de contabilidad acerca de su ISP

4. Cómo Llenar Una Queja Acerca de Nuestra Práctica de Privacidad

Si usted cree que nosotros hemos violado sus derechos individuales de privacidad , usted debe someter una queja por escrito a nuestra Oficina de Quejas, a la dirección proveída en esté párrafo. Sus quejas escritas deben contener el nombre de la entidad contra la que usted hace la queja, y también describir los actos y omisiones en los cuales usted cree que hayan sido violados sus derechos de las reglas y provisiones descritas en nuestro aviso de prácticas de privacidad. Si usted prefiere, usted puede hacer su queja directamente a la Secretaría del Departamento de Salud y de Servicios Humanos de los Estados Unidos (Secretaría). Sin embargo, cualquier queja que usted suministre debe ser enviada a nosotros, o sometida a la Secretaría, usted debe llenar su queja dentro de los 180 días desde cuando usted supo o debió haber sabido que el acto o la omisión ocurrió. Nosotros no tomaremos represalias contra usted si usted hace esas quejas. Si usted desea hacer una queja, por favor envíe su correspondencia por escrito a:

**RI Department of Human Services
Privacy Compliance Officer
600 New London Avenue-LP #57
Cranston, RI 02920
(401) 462-2130- Telephone
(401) 462-6239-TTY (or 711) For Hearing Impaired**

5. Para información

**RI Department of Human Services
HIPAA privacy Office
600 New London Avenue-Forand
Cranston, RI 02920
(401) 462-6312**

6. Fecha de efectividad: Este aviso entra en efecto el 14 de abril de 2003 (Sp)

